

Ce document est à compléter et à déposer à l'accueil à votre admission

PATIENT

Nom de naissance :/Nom d'usage :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

 Numéro de sécurité sociale : / Mutuelle :
 Adresse mail :@.....
 Hospitalisé(e) en service de soins médicaux de réadaptation le

REPRESENTANT LEGAL

Le cas échéant, **représentant légal** : tuteur, curateur, mandataire (*rayez la mention inutile*)

Non concerné ☐

Nom, prénom :
 Adresse mail :@.....
 Mandat(Fournir un justificatif de tutelle, curatelle, mandat spécial...)

PERSONNES REFERENTES

1) **Personnes à prévenir** pendant votre séjour (par ordre de priorité) :

Nom/Prénom : Parenté :
 Tél.: Mail :@.....
 Nom/Prénom : Parenté :
 Tél.: Mail :@.....

2) **Personne de confiance** pendant la durée du séjour :

En application de l'article L1111-6 du Code de la santé publique, l'usager a la possibilité de désigner une personne de confiance qui sera consulté en cas de difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. La personne de confiance pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance est une personne majeure pouvant être un parent, un proche, ou le médecin traitant.

☐ Je souhaite désigner une personne de confiance.

Nom/Prénom..... Lien avec l'usager :.....

Le cas échéant, le tiers de confiance remplit et signe l'encadré ci-dessous :

Nom/Prénom..... Lien avec l'usager :.....Tél.:.....
 Adresse :
 Mail :.....
 Accepte être désignée comme personne de confiance : OUI – NON –
 Fait à Toulouse, le..... Le tiers de confiance
 (Faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé")

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

COORDINATION AVEC LA VILLE

	Nom	Numéro de téléphone	Adresse mail	Commentaire(s)
Médecin traitant				☐ Non désigné
Cabinet d'infirmiers libéraux				☐ Non concerné
Cabinet de masseurs-kinésithérapeutes				☐ Non concerné
Pharmacie d'officine				

ENGAGEMENT

J'atteste avoir été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance	OUI ☐	NON ☐
J'ai reçu le livret d'accueil et je m'engage à en prendre connaissance	OUI ☐	NON ☐
Ma présence dans l'établissement peut être communiquée (recevoir des appels téléphoniques, des visites....)	OUI ☐	NON ☐
J'autorise l'établissement à me prendre en photo pour le dossier médical :	OUI ☐	NON ☐
J'accepte que l'équipe de soins de l'établissement accède à mon dossier médical partagé pour consultation (art L1111-15)	OUI ☐	NON ☐
J'accepte que l'équipe de soins de l'établissement accède à mon dossier médical partagé pour alimentation (art L1111-15)	OUI ☐	NON ☐
J'atteste avoir été informé qu'il n'y a pas de coffre dans ma chambre et que l'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol	OUI ☐	NON ☐
J'accepte de fournir une adresse mail pour recevoir des informations (factures, enquête de satisfaction nationale e-Satis...)	OUI ☐	NON ☐

FRAIS D'HOSPITALISATION

Je suis informé que l'établissement met à ma disposition une chambre individuelle. J'ai pris connaissance des conditions tarifaires sur la fiche des tarifs qui m'a été remise dans le dossier d'accueil.

Les modalités de prise en charge du ticket modérateur et des suppléments hôteliers seront fonction de mon statut auprès des organismes d'assurance maladie et de mon contrat souscrit auprès d'un organisme de mutuelle. Mon reste à charge journalier calculé en fonction de mes droits me sera communiqué.

Je souhaite bénéficier d'une chambre particulière (*sous réserve de disponibilité*): Oui ☐ Non ☐

CHEQUE DE CAUTION / ENGAGEMENT A PAYER

Adresse de facturation :

Chèque de caution (sauf pour HTP) non encaissé 600€ : ☐ **oui** **Engagement à payer** ☐

N° :

Nom du garant :

Banque :

Copie de la carte d'identité ☐

Date du chèque :

Adresse du garant :

.....

Ce chèque de caution sera détruit après règlement des frais de séjour

SIGNATURE

Par la signature du présent document l'utilisateur ou son représentant certifie avoir reçu l'information écrite et orale, reconnaît en avoir pris connaissance dans son intégralité.

Fait à Toulouse, le

☐ **L'utilisateur** ou ☐ **son représentant**

Représentant de la clinique

Nom du représentant :

(Faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé")

Le Directeur

M Nicolas SALANDINI